

日本における障害福祉サービスの 利用抑制に関する研究

—— 障害福祉サービスの支給決定プロセスを中心に ——

金 廣 来

〔抄 録〕

2006年から実施されてきた障害者自立支援法では、応益負担の導入に始まり、様々な機能によって障害者に対する障害福祉サービスの利用を抑制してきた。

こうした障害者自立支援法の問題として指摘されているのは、公的責任の縮小による障害福祉サービスの利用抑制であり、その福祉サービスの利用抑制策としては、契約制度、現金給付（利用者補助）方式、応益負担化、支給決定プロセス、障害者福祉の介護保険化などである。

2013年4月から実施されている障害者総合支援法は、そのような問題に対してほとんど改善せず、障害者自立支援法の一部改定に留まっている。

本稿では、日本の障害福祉サービスに対する利用抑制を総体的に解明するために、障害者福祉政策の変遷過程とそれにしたがう障害福祉サービスの利用抑制を分析するうえで、福祉サービスの利用抑制として支給決定プロセスを中心に検討する。

キーワード：障害者福祉，障害福祉サービス，障害者自立支援法，障害者総合支援法，支給決定プロセス

1. 障害者福祉制度の変遷と障害者自立支援法の成立

1) 障害者福祉制度の変遷

日本における障害福祉サービスは、1949年に制定された身体障害者福祉法に始まり、障害種別（身体・知的・精神障害）ごとに異なる法律に基づいて、福祉サービスや公費負担医療が提供されてきた。つまり、障害者福祉法制のそれぞれの法律には「福祉の措置」という規定が置かれ、それに基づいて、高齢者福祉法制（老人福祉法、1963年施行）と同様にサービスの給付が行われていた。この「福祉の措置」とは、措置権者である行政機関（市町村）が、給付対象者（申請者）について法律の要件を充足しているかどうかを判定したうえで、どのような

財やサービスの供給を行うかを決定し（措置決定）、実際に給付を行う仕組みと定義されている。しかし、措置はあくまで行政側の一方的な判断（行政裁量）による行政優位のサービス提供方式となっていた。

したがって措置制度は、「措置制度は行政処分であり、利用者がサービスを選択できない」「サービス提供者と利用者の対等な関係が成り立たない」「予算の制約を受ける」「サービス内容が定められた最低基準にとどまる」など様々な批判があり、そのような批判は、社会福祉基礎改革による社会福祉制度の「措置制度から利用契約制度へ」の転換をもたらした。

「措置制度から利用契約制度へ」の転換は、制度としてあらわれ、高齢者福祉分野では「介護保険法」（2000 年）が成立し、障害者福祉分野では「障害者自立支援費制度」（2003 年）が成立した。

2003 年 4 月から実施された障害者自立支援費制度は、障害者・障害児の自己決定権の尊重、サービス事業者との対等な関係の確立を図るための制度として導入された。こうした障害者自立支援費制度は、介護保険法と同様に利用者優位のサービス提供方式を採用したものの、支給決定で 3 つの勘案事項（障害の種類・程度、介護者の状況、サービス基盤の状況）が設定され、障害程度の 3 区分に分けられていた。全体としてみれば、施設から地域へという理念と、この勘案事項によって措置制度よりは積極的な運用が図られた。それと同時に、事業者参加で規制緩和されたホームヘルプを中心に給付が大きく伸びた。この点については、全国レベルでは大幅な国の予算不足として現れた。

障害者支援費制度の給付構造は、実施主体である市町村が、従来の措置制度のように、サービスそのものを給付するのではなく、サービス費用を給付する仕組みであり、障害者が福祉サービスを市場で購入することを前提に、購入のための費用（の一部）を支援費の形で補助する点に特徴がある。具体的には、障害者が支援費の支給を市町村に申請し、支給決定を受けた上で、都道府県の指定を受けた事業者・施設と直接に利用契約を結び、サービスを利用し、自己負担分を除くサービス費用を市町村が支援費として支給する仕組みであった。しかし、障害者自立支援費制度は特にホームヘルプサービス利用の急増により財政問題が浮上した。

たとえば、障害者支援費制度導入の初年度である 2003 年度には、在宅福祉サービスの予算 563 億円に対して居宅介護（ホームヘルプサービス）を中心に 128 億円の不足が生じ、「グランドデザイン案⁽¹⁾」が示された 2004 年度では、603 億円に対してその額が 274 億円に及んだのである。

こうした障害者自立支援費制度の財政的問題が改革の主たる要因であり、その解決策として障害者自立支援法を導入したということは、その法律の導入目的が公的財政の安定と障害者に対する障害福祉サービスの利用抑制にあったといわれる。

以上のように障害者自立支援法の導入は、ただ障害者自立支援費制度の問題を補完する目的だけではなく、介護保険制度をモデルにして、給付コントロール・福祉サービスの利用抑制及び将来の介護保険との統合に向けての制度の整合性確保があったのは明らかである。

2) 障害者自立支援法の成立

こうした障害者自立支援法は、2006年4月から施行（全面施行は同年10月から）された。障害者自立支援法の導入目的は障害者支援費制度の実施以来のサービスの地域格差に対する反省に基づき、①サービスの一元化、②働ける社会の実現、③規制の緩和、④手続きや基準の透明化、⑤支えあう仕組みの強化などであり、障害をもつ者が能力と適性に相応しい自立した日常生活や社会生活を送ることができるように、サービスの給付やその他の支援を受けることで障害者福祉の促進を図り、障害の有無に関わらず国民がお互いに人格と個性を尊重しあい、安心して生活できる共生社会の実現に寄与することである。つまり、障害者自立支援法の導入は、三障害の一元化、利用者本位のサービス体系への再編、就労支援の強化、支給決定への客観的基準の導入、国の費用負担の義務的経費化などとして特徴づけられているが、その背景には、前述のように障害福祉サービスの利用者の増加、公費負担の増加、障害者福祉制度の介護保険化などがあると思われる。そのような背景から障害者自立支援法の問題として指摘されているのは、公的責任の縮小による障害福祉サービスの利用抑制であり、その福祉サービスの利用抑制策としては、契約制度、現金給付（利用者補助）方式、応益負担化、支給決定プロセス、障害者福祉の介護保険化などが挙げられる。

障害者自立支援法による障害福祉サービスの利用抑制に対して、障害者やその家族が日本全国で大規模な障害者運動を展開し、その運動とともに全国の14地裁に障害者自立支援法違憲訴訟を一斉提訴した。障害者及びその家族の運動は、障害者自立支援法が障害者に対して福祉サービスの利用を抑制したことへの対応であり、障害福祉サービスに対する公的責任の縮小が障害者の生存権に大きな影響を与えていることを示す証拠であると思われる。

したがって、政府は障害者自立支援法の問題点を認識し、法を改正することを決定した。しかし、障害者自立支援法の改正案は二度廃案になった。これは、政党間のかけひきや他の政治問題の処理の不便などが原因として挙げられ、改正案の内容が論点とされて廃案になったものではなかった。そして2010年11月に国会に改正案が提出され、12月3日に成立された。

2. 障害者自立支援法の福祉サービスの利用抑制

1) 契約制度の導入

社会福祉基礎構造改革以降、障害者自立支援費制度の施行とともに導入された契約制度は、支給決定障害者（以下、利用者という）が指定事業者（以下、事業者という）や施設を自由に選ぶことができ、事業者と対等な立場に置かれることや福祉サービスが権利になると喧伝された。つまり、契約制度の導入は「利用者の権利性の向上」や「利用者とサービス提供事業者との対等な関係の確保」という利用者の主体的サービスの選択権を保障することである。さらに、契約による利用は、利用者の選択を通して、利用者のサービス満足度及びサービスの向上、ま

た事業の効率化にもつなげることが図られた。

しかし、国は福祉の措置実施責任がほとんどなくなり、情報提供及び支援費支給決定という限定的に公的責任が縮小された。対等な関係が成り立つはずもない法律関係を対等と擬制したところに種々の問題が生じるのは当然であった。

こうした利用契約制度は、利用者の選択権の保障という観点から分析すると次のように三つの問題が生じる。

第1に、利用者が選択できるほどのサービス供給がなされている基盤整備が十分であるのかという問題がある。利用者が自由に「選択」できるといえるためには、サービスの種類、サービスの供給量（基盤整備）とともに市場に豊富にあることが不可欠である。これらのいずれかが欠けていても、利用者が主体的に「選択」をしたという前提は成り立たなくなる。

第2に、実際に利用者のサービス選択が制度的保障されているのかという問題がある。すなわち、利用者の希望するサービスを実際に利用できるか、少なくとも必要とする種類・量のサービスが利用できるかどうかの問題となる。それは、利用者の経済的事情によって利用料の負担という問題につながる。必要なサービスの種類・量の保障というのは、障害者の生存権及び人間らしい生活を送るための社会参加に必要な機会などの保障になるため、大変な問題となる。障害者自立支援法では、応益負担方式を採用しているので、利用料が重くなるほど、利用者はサービスを諦めるという利用抑制の選択しかしえない状況が生じられる。

第3に、利用者がサービスを利用しようとする、全面的に利用者の判断と責任に任せられることになる。すなわち、契約制度は障害者本人が利用者負担やサービス不足など様々な理由によってサービスを利用しないとする選択、つまり、自発的利用抑制・利用拒否という問題が生じる。

したがって、契約制度はサービスの利用に関して利用者と事業者との間の契約に基づいて行われるので、国は利用者に対する直接的なサービス提供責任を負わない。つまり、サービスに関わる問題が生じてもすべて自己の権限と責任で解決しなければならない。さらに、契約制度における利用者の選択というのは、支給決定に受けられた障害福祉サービスの種類・支給量の範囲内で保障される。また、不十分な基盤整備によって地域間格差が生じ、利用料負担は利用者の財政的事情によって左右され、サービスの選択幅が最も狭くなる。

結果的に、従来の措置制度のもとで、まがりなりにも行政の責任と権限で優先的にサービスが提供されていた重度の障害者などに、障害者自立支援法のもとでは、必要なサービスが行き渡らなくなる事態が生じている。

2）現金給付（利用者補助）方式

障害者自立支援法の特徴は、介護保険法と同様に現金給付（利用者補助）方式を採択していることである。障害者自立支援法では、利用者が事業者とサービスの利用を契約し、それに基

づいてサービスを利用した場合に、市町村がサービスの費用（支援費単価として公定価格が決められている）の9割を給付するという現金給付方式を採用している。つまり、市町村が、利用者にサービス費用の9割を支給し、利用者が自己負担分（サービス費用の1割）と併せて、サービス費用の全額を事業者を支払うという形態が基本とされている。ただし、現実には、市町村がサービス費用を事業者を支払うという形をとるため（代理受領）、支給決定障害者にとっては、1割負担によるサービス給付（現物給付）と同様にみえる。

こうした現金給付（利用者補助）方式を、最初に福祉サービス利用に持ち込んだのが、2000年4月から施行されている介護保険法であったが、2003年4月から、障害者福祉分野に導入された支援費制度でも類似の仕組みをとっていた。そして、障害者自立支援法では、現金給付の形態を徹底させ、支援費制度に比べても、介護保険の給付構造とほぼ同じになっている。

さらに、現金給付（利用者補助）方式のもとでは、市町村（行政）は、障害者が利用したサービスの費用さえ給付すればよいのであって、サービスの提供については何ら責任を負わない仕組みとなっている。つまり、サービスの質の確保はもとより、事故が起きても何ら関知しない仕組みであり、市町村が現物給付の責任を負っていた措置制度に比べ公的責任が大きく縮小されている。

3）利用者負担の強化（応益負担）

障害者自立支援法の施行により、福祉サービスが商品化され、その帰結として応益負担が原則となった。

障害者自立支援法は、利用者が事業者から福祉サービスを購入し、その購入代金の一部を支援費として支給（補助）する仕組み（利用者補助方式）となっている。福祉サービスは、それぞれ報酬単価という形で価格（値段）がつけられ、通常の市場で取引される商品と同列に位置づけられた。通常の商品との違いは、価格が市場での需要・供給関係により決まるのではなく、報酬単価表（厚生労働大臣の告示）によって決まる公定価格という点である。

現金給付（利用者補助）方式のもとでの利用者負担は、福祉サービスの対価としての性格を有し、指定事業者に直接支払う形をとる。そして、利用者負担額（利用料）は一般の商品取引と同様、一律で購入者側の経済格差は無視され、利用すればするほど負担が増大する。

障害者自立支援法の施行と前後して、障害当事者団体は、1割の応益負担の影響を障害者の所得保障制度の抜本的な改正の必要性を実証するため、各種実態調査を行った。その結果、一定の生活保障がされている生活保護受給者以外の不安定就労・低収入（低年金）障害者（取り分け障害基礎年金2級相当額以下の収入しかない障害者）が、応益負担の影響を最も受けやすいことが明らかになった。そして、その影響は、福祉・医療サービスの利用抑制以上に趣味・娯楽や社会参加の抑制として現れている。つまり応益負担導入の究極的な目的は、①受益に応ずる負担、②歳入の確保、③需要の抑制の行政効果であることは明らかである⁽²⁾。

厚生労働省の社会・援護局障害保険福祉部によって行われた「障害者自立支援法の施行前後における利用者の負担等に係る実態調査結果について」（2009年11月26日）の調査によると障害者自立支援法の施行（2006年4月1日）前後におけるサービス利用者（障害者（身体・知的）及び障害児）の実負担額（サービス利用に係る一部負担額と食費・光熱水費に係る負担額を合算したもの）について調査を実施し、その調査結果は〈表1〉のようであった⁽³⁾。

〈表1〉 実負担額の状況について（サービス種類別の内訳）

サービス種類	2006年3月の 実負担額	2009年7月の実負担額 (サービス利用に係る一部負担 + 食費・光熱水費に係る負担額)
訪問系サービス	1,962 円	3,838 円
日中活動系サービス	740 円	6,549 円 (1,663 円 + 4,886 円)
入所サービス	36,583 円	47,531 円 (6,792 円 + 40,739 円)

注 訪問系サービスに係る「実負担額」には、いずれも「食費・光熱水費に係る負担額」は含まれていない。

2006年3月の日中活動系サービス及び入所サービスに係る「実負担額」には、「食費・光熱水費に係る負担額」が含まれている。

こうした障害者自立支援法による応益負担導入の主な目的は、福祉サービスの利用増大に伴う給付費の増大の抑制にあった。つまり、支援費制度を持続可能な制度に改変するため、財政上の懸案であった国の費用負担の見直しが行われ、居宅サービス費についても、施設サービス費と同様に、義務的経費（市町村が支弁した費用の一部を法律上、必ず負担しなければならない仕組み）とされた。そして、厚生労働省は義務的経費とする以上、給付費の増大が避けられない応能負担の仕組みのままでは、財務省の了解を得ることができず、給付費を抑制できる応益負担に変更する必要があるがあった。

こうした給付費の抑制を主な目的とする福祉サービスの応益負担化は、障害者に「健康で文化的な最低限度の生活」（憲法25条1項）を営むために不可欠な福祉サービス等の利用を抑制させるという形でなされ、しかもサービスの利用抑制が低所得層に集中的に生じる構造になっているなど、重大な問題がある。それは、障害者の「健康で文化的な最低限度の生活」を営むために必要な福祉サービス請求権の侵害、もしくは、過重な負担による障害者の「健康で文化的な最低限度の生活」の侵害という二重の意味での生存権侵害（憲法25条違反）、さらには幸福追求権や平等権の侵害（憲法13条・14条違反）に該当すると考えられるからである⁽⁴⁾。

3. 支給決定プロセスと障害福祉サービスの利用抑制

1) 障害程度区分認定の導入

障害者自立支援法が従来の措置制度と大きく異なるのが「福祉サービスの利用方法」であり、利用者が市町村へ申請することによって障害程度区分認定調査を受け、全国一律の基準となる

障害程度区分の認定を受けることである。

厚生労働省は「障害程度区分の開発の経緯」について、①平成16年度厚生科学研究（長寿科学総合研究）「要介護状態の評価における精神、知的及び多様な身体障害の状況適切な反映手法の開発に関する研究」で、介護保険の要介護認定（79項目）が障害者の介護ニーズを測定する上でも有効だとされた、②さらに障害者の特性をより反映すべくこれに27項目を加えた106項目での「障害程度区分等試行事業」を2005年度に約1,800人に行った、③この結果を基に現行障害程度区分を開発した^⑤。

厚生労働省は障害程度区分認定について、全国共通の基準（厚生労働大臣が定める基準）が導入され、これは透明で公平な支給決定を実現する観点から、身体・知的・精神の三障害共通の基準とすること、調査員や判定者の主観によって左右されにくい客観的な基準とすること、判定プロセスと判定にあたっての考慮事項を明確化することなどを目的として導入した。

しかし、前述のように支援費制度では利用者のニーズや自己選択に応じてサービスが提供された結果、財源破綻の可能性から、障害者自立支援法の制定においては、財源のコントロールが重要課題として現れたので、その解決策として介護保険制度の要介護認定と同様の障害程度区分認定が導入されることになったと思われる。

障害程度区分認定による障害福祉サービスの利用抑制は、まず、第1に障害の程度（重さ）によって給付対象者が区別され、給付を受けるサービスの種類が限定されることである。

障害程度区分認定の基準をみると給付対象者がどの障害程度区分に該当するかは、基本的に、別表^⑤第2から第9までの算定方法により算定される時間を合計した障害程度区分基準時間で決まる。当該障害者に係る基準時間が25分以上32分未満である状態が「区分1」という具合に、基準時間が長いほど区分が高くなる仕組みである。

たとえば、自立支援給付は障害程度区分によって対象者が限定されるため、ニーズを有しながら、給付受給権、さらには福祉サービス請求権が発生せず、障害福祉サービスを利用できない障害者が出てくるという問題が生じる。こうした障害者自立支援法の支給決定の手続きの中に障害程度区分認定を導入した理由は、前述したように給付対象者を限定して給付費の抑制もしくは給付費をコントロールすることに政策意図があると思われる。

したがって、以上のように介護給付の行動援護や重度訪問介護、重度障害者等包括支援の利用者は、障害程度区分が3以上の重度の障害者とされ、きわめて限定されており、訓練等給付では、訓練効果が見込めない障害者が利用対象から排除されている。さらに、一次判定の基準には身体的自立度に中心を置く介護保険の要介護認定基準が使われており、相談援助や精神的支援などが必要な知的障害者や精神障害者が、身体的自立度が高いがゆえに、「非該当」とされたり、低い障害程度区分に判定されて、行動援護や重度訪問介護などのサービスが利用できなくなっている。

第2に障害程度区分認定は、障害福祉サービス申請者に対する給付サービスを制限すること

によって障害福祉サービスの利用抑制の役割を果たしている。その抑制的方法として、障害程度区分認定ごとによる給付サービスの種類及び量の制限をすることである。

前述したように障害程度区分認定は、「障害者等に対する障害福祉サービスの必要性を明らかにするため当該障害者等の心身の状態を総合的に示すものとして厚生労働省令で定める区分」（第4条4）と定義されているように、「心身の状態」を示すものである。その意味は、障害程度区分認定は、障害者に対する福祉サービスの必要性を「生活の状態」ではなく、「心身の状態」から判断して区分するものである。つまり、直接生活介助（食事、排泄、移動、清潔保持）、間接生活介助、移動関係行為、医療関係行為に分け、それぞれ樹形図で必要支援時間数を算出し、その合計時間数でもって、区分を分けるという方法を採用している。どの程度の心身の状態であれば、それぞれどの程度の時間が必要かについては、介護保険制度導入に際して行われた特別養護老人ホームでの調査結果が論理的な時間数として利用されている。

一次判定にコンピューター判定を導入するのは、大量の処理が可能であるからである。しかし、コンピューター判定では、いくら精度を高めても、要介護者の生活環境のような個別事情は、数値化することができず、切り捨てざるをえないという技術的限界を有していることに問題が生じられる。客観的基準を名目に、いわば意図的に、心身状況以外の生活環境や個別事情が度外視され、給付範囲が縮小されている。

したがって、要介護認定と同様の障害程度区分認定は、医学モデル中心に生活の困難として障害が一面的に理解され、訓練をして「できること」を「していること」に近づけ、利用量を抑制する目的をもった認定項目の作成とコンピューター判定（一次判定）による抑制的な給付管理の制度になっている。

障害者自立支援法の自立支援給付サービスは限定的なものであるので、それだけでは、移動支援、精神的援助、いわゆる「見守り」的なサービスが必要な精神障害者や知的障害者に対する十分な生活支援は困難になっている。

2) 国庫負担基準

障害者自立支援法における介護給付財源は、「義務的経費負担」であるが、実際の市町村の支給決定プロセスの結果を実質的には保障するつもりのない全国一律の国庫負担基準を押しつけるなどして、障害福祉サービスの利用抑制が行われる。

公的責任⁽¹⁶⁾の観点から国庫補助基準の設定は、公的責任の応答性と応責性の区別が曖昧なままに、サービスを必要とする利用者一人ひとりへの「応答性」よりも、予算の厳守という「応責性」を優先する政策が執行された⁽⁷⁾。

したがって、障害者自立支援法の導入の目的として「公平なサービス利用のための手続きや基準の透明化、明確化」というのは、サービス利用を制限するために、障害の程度区分に応じたサービス利用の上限設定を行ったのである。利用者本人からの自己負担は直接的にサービス

費用を捻出でき、しかも利用抑制効果が見込めるため、厚生労働省にとっては二種の意味で効果的な仕組みであるといえる。

厚生労働省は、障害者自立支援法の障害程度区分認定について、介護保険の要介護認定⁽⁸⁾のように、障害程度区分ごとに支給量の上限が設定されているわけではなく、「市町村の行う支給量支給決定の勘案事項でしかない(障害自立22条1項)」と示した。

しかし、その障害程度区分によって、利用できるサービス内容が決まり、障害程度区分が支援費報酬単価と不可分に結びついているため、事業者・施設としては、区分の高い障害者を受け入れようとする方向(逆選択)に誘導される仕組みとなっている。

さらに、各市町村に対する国庫負担は、国庫負担基準額に障害程度区分ごとのサービス利用者数を乗じて得た額を上限として行われている。これにより、居宅介護サービスについては、事実上、障害程度区分ごとに国庫負担分の上限が設定される形になっている。

それを超える支給量については、区分間の流用をしない限り、国庫負担はなく、市町村の持ち出しとなる。そのため、自治体により支給量決定に格差が生じ、多くのサービスを必要とする在宅の重度障害者が必要なサービスの支給量を得ることができない状況が生まれている。

したがって、前述のように「儀務的経費負担」と言いつつ、実際の市町村の支給決定プロセスの結果を実質的には保障するつもりのない全国一律の国庫負担基準の押し付けがある。厚生労働省が、「あくまでも基準であって上限ではない、基準以上でも審査会の意見聴取を経て支給決定することができる」としている。しかしながら、国の定めた基準以上に、国や都道府県の負担の予算的裏付けがない場合には、市町村独自で、国の国庫負担基準を超えたサービスの提供の決定をすることが困難になっている。このように、国庫負担基準が障害程度区分認定のみに基づいていることは大きな問題があると思われる。

それについて国は、そもそも国庫負担基準は個々の利用者に対する支給量の上限ではなく、また、国庫負担基準を廃止した場合、地域ごとのサービス基盤や利用の状況に格差がある中で、限られた国費を各自治体における一人当たりの支給水準のばらつきを解消するためには、国庫負担基準の継続が必要であり、その際、必要な者に必要なサービスが提供されるよう、国庫負担基準が個々の利用者に対する支給量の上限とならないように制度の趣旨を徹底するとともに、国庫負担基準の区分間合算について継続するべきであると示している。しかし、鈴木訴訟では、裁判所によって介護支給決定は個々の障害者の個別ニーズに合わせて決められるべきという「介護支給決定における個別認定の原則」=「必要即応の原則」が司法解釈により確認された。その判決は、個別事情を考慮しないで一律上限規定に基づいて処分することは違法であると厳しく批判した。すなわち、「個々の事情に即した必要の量の支給原則」は「予め行政が設定した上限規定による支給量決定」と相容れないものである。

こうした支給量の上限の問題に対して障害者自立支援法では、介護保険法のような給付上限は明記されていないが、国庫負担基準設定による支給量の上限があり、この上限によって福祉

サービスの対象者のサービス支給量が財政限度に限定（財政コントロール）され、利用者に対する福祉サービスの利用抑制につながるになっている。

3）市町村の裁量権

各市町村審査会による審査判定（二次判定）は、一次判定結果と医師の診断書、特記事項、勘案事項に基づいて、市町村に与えられた裁量権の範囲内で決定される。しかし、その裁量権によって障害者に対する障害福祉サービスの利用抑制が行われる。

最終的には市町村の審査決定により障害福祉サービスの種類及び量が決定される。つまり、市町村に与えられた支給決定の裁量権によって、障害福祉サービスの種類及び量が決定される仕組みとなっている。

こうした市町村の支給決定の勘案事項とは、前述のように障害程度区分、介護を行う者の状況、障害者又は障害児の保護者の障害福祉サービスの利用に関する意向、その他厚生労働省令で定める事項などが勘案事項となり、その勘案事項を勘案して支給決定を行うのが市町村に与えられた裁量権である。

しかし、サービス支給量に関する訴訟（ALS 訴訟）からみるとその裁量権の範囲を超え、又は濫用した場合が生じる。勘案事項の中で介護を行う者の状況を ALS 訴訟からみると、被告である和歌山市は、障害福祉サービスの給付という公的扶助成を検討するに当たって、自助努力に係る夫婦義務を考慮することは当然必要なところであって、決して許されない不当なものではない」と判断し、支給決定を行った。

しかし、原告の妻の年齢は 70 歳代であり、左変形股関節症の疾患があるので、全人工関節置換術の必要があると診断されている。さらに高血圧症でめまいもあり、2011 年 5 月ごろには変形性脊椎症も発症していると診断される。同年 6 月には 5 メートルの独歩も不安定であり、訴訟提起時より病状が悪化している。

それについて裁判所は、「原告の妻の年齢や健康状態に加えて、ALS の特質及び原告の生存に必要とされる器具の操作方法等に鑑みると介護保険による 1 日 3.5 時間分の介護給付があることや、妻の体調不良等やむを得ない場合の緊急時対応分を考慮しても、処分行政庁がとる前提は、相当性を欠くといわざると得ない」と示した。

こうしたサービス支給量に対して市町村の裁量権の範囲を超え、又は濫用した場合が生じる理由は、障害者自立支援法のもとで市町村が支給の要否及び障害福祉サービスの種類とその支給量を決定することにあたって、勘案事項を勘案すべきことを規定するほか何ら具体的な基準を置いていないし、これらの勘案事項には、抽象的、概括的な事項も含まれているからである。法律上で障害者について障害福祉サービスを提供するかどうかという判断については、全面的に勘案事項に係る調査結果を踏まえた市町村の合理的裁量に委ねている。

裁判所は、市町村の支給決定に係る手続の違法判決について「その勘案の過程において、重

視すべきでない要素を過渡に評価し、考慮すべき要素を考慮しないこと等により、当該決定が社会通念⁽²²⁾に照らし著しく妥当性を欠くものと認められるような場合には、処分行政庁に与えられた裁量権の範囲を超え、又は濫用したものとして違法となると解するのが相当」と示した。つまり、市町村の裁量権の範囲は社会通念を超えない限度内で行うものである。

したがって、障害者の健康状態、障害者が受けている介護サービスの概要、現在の介護の状況及び配偶者の健康状態等を考慮して支給決定が行われなければ、障害者の生命、身体、健康の維持に重大な支障が生じる恐れがある。こうした市町村の障害福祉サービスの支給量の抑制的コントロールは、当該の障害者に対する生存権を脅かす問題となっている。

4. 障害者総合支援法の成立と改善方案

現在、日本の障害者福祉制度のなかで大きな変化は2013年4月1日から施行されている「障害者総合支援法」の成立であると思われる。

障害者総合支援法は2012年3月13日に第180回通常国会に法案が提出され、同年6月20日に可決成立し、公布された。障害者自立支援法の「自立支援」という名称が「押し付けがましきや強要を感じさせる」(民主党衆院議員)などと批判されたことを受けて、法律名称の略称を「障害者総合支援法」に変更させた。しかし、民主党政権のマニフェストであり、基本合意文書の内容であった障害者自立支援法の廃止は守られず、一部改正で留まってしまった。したがって、こうした障害者福祉制度の変化は、障害者福祉制度の改革ではなく、一部改正であることを明らかにする。その法律によって日本の障害者福祉制度がどのように変わるのだろうか。また、障害福祉サービスの抑制的な要素が改善されるだろうか。本章は、新たな障害者福祉制度の政策過程及び障害福祉サービスの利用手続きに対する改善方案を考察する。

1) 障害者総合支援法の成立過程

障害者総合支援法の成立過程の特徴は、次の通りにまとめられる。

第1に、障害者が自らの障害者運動及び訴訟運動によって障害者自立支援法の廃止を果たしたことである。障害者運動及び訴訟運動は、福祉サービスが個々の障害者に私的利益を付与するという考え方に基づいて、その利益の中から一斉を応益負担金として回収しようとするのが厚生労働省の思惑であったが、そうした認識に対する批判が訴訟の根底にあった。

第2の特徴として挙げられるのは、障害者自立支援法における政府の改善措置である。障害者自立支援法の施行前から批判や修正を求める障害者運動や訴訟運動の影響によって、政府は2006年から2007年の2回にかけて改善措置を行った。これらの改善措置の特徴として利用者負担は、現行の応益負担の仕組みをそのままにしながら上限を引き下げたこと、日割り実績払いについても存続した上で減収分の一部を補填したことなど、障害者自立支援法の枠内での部

分改善措置ということである。

第3に、障害者自立支援法の改正案が二度廃案になるという過程を経て、2010年、改正障害者自立支援法が成立されたことである。

第4に、障害者総合支援法の政策過程において当事者（障害者とその家族）が参加したことである。2009年12月8日、民主党政権は、閣議決定により、首相を本部長にし、全閣僚を構成員にする「障がい者制度改革推進本部」が設置され、そのもとに、内閣府に障害者自立支援法に代わる新法（以下、民主党のマニフェストに沿った形で「障害者総合福祉法」という）の制定や障害者権利条約の批准のための国内法整備に向けての検討を行う「障がい者制度改革推進会議」（以下「推進会議」という）が設置された。その推進会議は、構成員24人のうち14人が障害者やその家族など当事者から構成され、2010年1月12日に初会合を開催、その後、同年6月29日には、第1次意見を推進本部に提出し、閣議決定をみている。さらに、同年4月27日には、推進会議のもとに、障害者総合福祉法の制度設計を検討する総合福祉部会が立ち上げられた。

こうした障がい者制度改革推進会議総合福祉部会は、第18回までの議論を踏まえ、基本合意文書と障害者権利条約に基づいて議論がなされ、2011年8月30日に「障害者総合福祉法の骨格に関する総合福祉部会の提言（以下、骨格提言という）」をまとめた。

第5に、改正障害者自立支援法と障害者総合支援法を通して障害者自立支援法の改正は、障害者自立支援法の廃止ではなく、一部改正するものである。2012年2月に示された厚生労働省案には、骨格提言はほとんど反映されておらず、制度上においても、応益負担の仕組みが残されており、部会や与党の説明会で厳しい批判が行われた。しかし、与党案として閣議決定され、同年4月の衆議院では民主・自民・公明の三党修正案として採択された。

その後、同年6月20日、国会で、「地域社会における共生の実現に向けて新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律」が成立した。この法律は障害者自立支援法の名称を「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）」と改めるなど、同法を一部改正するものである。

2) 障害者総合支援法における障害福祉サービスの利用手続きの改善

障害者総合支援法では、障害者自立支援法の「障害程度区分」を「障害支援区分」に改め、その定義を「障害者等の障害の多様な特性その他の心身の状態に応じて必要とされる標準的な支援の度合を総合的に示すものとして厚生労働省令で定める区分（第4条4）」としている。つまり、障害総合支援法は障害程度区分の名称を障害支援区分へ変更し、障害の程度（重さ）ではなく、障害者等の障害の多様な特性その他の心身の状態に応じて必要とされる標準的な支援の必要の度合いを示す区分であることを明確にするために、「障害程度区分」という用語を「障害支援区分」に変更している。さらに、障害者自立支援法の支給決定の課題としては、①

「障害程度区分」で課題として認識されてきた知的障害・精神障害についてのコンピューターによる一次判定で低く判定される傾向、②専門家の審査会による二次判定で引き上げられている割合が高い傾向という課題を取り上げている。

厚生労働省は、「障害支援区分の認定が知的障害者及び精神障害者の特性に応じて適切に行われるよう、区分の判定に当たっての適切な配慮その他の必要な措置を講ずるものとする」と改正を行うと定義しているが、その内容は「判定の際に特記事項の記述をより重視するため、記述を点数化するなどして客観的なデータに置き換え、106項目と同様にソフトで機械判定できるようにする」ことである。ただし、障害の状態は個人によって異なり、全ての特記事項をデータ化するのは不可能としており、多くの障害者に共通する特記事項だけをデータ化し、それ以外の部分は従来通り記述式で記入してもらうようにする。

その判定プロセスの変更は、一次判定を既存の106項目と、新たに特記事項をデータ化した項目を合わせて機械判定をする。二次判定は、医師らの意見、記述式の特記事項などを審査会で総合判定というプロセスにする方針である⁽⁹⁾。

また、今後の給付として障害児・者の社会的状況（介護者、居住の状況等）を考慮すべきとの指摘や総合福祉部会で提言された協議調整方式、支援ガイドラインについてどう考えるかとの課題については、「政府は、この法律の施行後3年を目途として、障害支援区分の認定を含めた支給決定の在り方について検討を加え、その結果に基づいて、所要の措置を講ずるものとする（附則第3条1項）」と改正を行うと示している。

したがって、障害者総合支援法の利用手続きの主な問題は、障害程度区分を含む支給決定のあり方等の見直しは3年を目途に行うとされており、その検討でどのように骨格提言が反映されるかも不明であることである。

お わ り に

骨格提言の支給決定プロセスでは、他の者との平等を基礎とし、障害者の意向や望む暮らしが実現できるよう必要な支援の種類と量を確保するためのものであり、以下の事項を基本的な在り方としている。

第1に、支援を必要とする障害者本人（及び家族）の意向やその人が望む暮らし方を最大限尊重することを基本とすること、第2に、他の者との平等を基礎として、当該個人の個別事情に即した必要十分な支給量が保障されること、第3に、支援ガイドラインは一定程度の標準化が図られ、透明性があること、つまり、申請から決定まで分かりやすく、スムーズなものであることなどである。特に、申請から決定まで分かりやすくスムーズなものにするためには、支給決定プロセス全体についても一定の共通事項をルール化し、公平性や透明性を担保することが大切である。

また、必要書類や分かりやすい解説書を市町村役所等、誰もが手にしやすい場所に置き、求めに応じて十分な説明をするなど、新しい支給決定の仕組みについての周知を図ることが求められる。さらに、支給決定のプロセスにおいても、障害者の希望に応じてコミュニケーション支援を提供することが求められる⁽¹⁰⁾。

したがって、骨格提言の支給決定プロセスは、障害程度区分を使わず、市町村の「支援ガイドライン」に基づくニーズ評価と支援内容の検討を行う。本人中心に作成されたサービス利用計画と食い違う支援内容案の場合には、本人と協議調査を経るなど全体で6段階の手続きを提言している。骨格提言の支給決定プロセスは、以下の原則を提示している。

第1に、障害者総合福祉法上の支援を求める者（法定代理人も含む）は、本人が求める支援に関するサービス利用計画を策定し、市町村に申請を行う。

第2に、市町村は、支援を求める者に「障害」があることを確認する。

第3に、市町村は、本人が策定したサービス利用計画について、市町村の支援ガイドラインに基づき、ニーズアセスメントを行う。

第4に、本人又は市町村により、申請の内容が支援ガイドラインの水準に適合しないと判断した場合には、市町村が本人（支援者を含む）と協議調査を行い、その内容にしたがって、支給決定をする。

第5に、第4の協議調査が整わない場合、市町村（または圏域）に設置された第三者機関としての合議機関において検討し、市町村は、その結果を受けて支給決定を行う。

第6に、市町村の支給決定に不服がある場合、申請をした者は都道府県等に不服申立てができるものとする。

こうした骨格提言の支給決定と障害者総合支援法と比較すれば、障害者総合支援法の場合、検討規定で、障害程度区分の認定を含めた支給決定の在り方について、法施行後3年を目途として検討するとされているが、骨格提言が示す、ガイドラインに基づく協議調査による支給決定を導入する方向で見直されるのか、試行事業は実施されるのかなど、重要なポイントの方向性が示されていないので、骨格提言の支給決定プロセスが反映されるかも不明である。さらに、政府は障害程度区分の部分的改善（障害支援区分）が行われているので、むしろ、骨格提言の否定していると思われる。それが、障害者総合支援法の支給決定プロセスの主な課題として挙げられる。したがって、障害者総合支援法の支給決定プロセスは、骨格提言の要素を反映し、改善する必要があると思われる。

〔注〕

- （1）2004年10月に厚生労働省により社会保障審議会障害者部会に示された「今後の障害者保健福祉施策（改革のグランドデザイン案）」である。
- （2）磯野 博，2010，「障害者の貧困と低所得保障のあり方に関する問題提起」，『障害者問題研究』，

- 全国障害者問題研究会, 第37巻第4号 276ページ・井上泰司, 2006, 「障害程度区分認定」試行検証作業を通じて, 『障害者のくらしはまもれるか』, かがわ出版 26ページ参照
- (3) その調査結果は, 賃金と社会保障 (2010) No.1505・06の40~41頁参照
- (4) 伊藤周平, 2009, 『障害者自立支援法と権利保障』, 明石書店 46ページ
- (5) 認定調査票では, 介護保険の判定方式(79項目)に障害者の生活機能に関する調査項目を追加(27項目)している。障害者程度区分基準時間の区分を定める項目群~79項目(介護保険と同じ), 一次判定のコンピュータ判定における区分変更にかかわる項目群~16項目(最大2段階まで変更), 障害の特性を補足的に捉える項目群~11項目となっており, 合計106項目でコンピュータ判定をすることとなる(井上泰司, 2006:45-46)。
- (6) 「要介護認定等基準時間の推計の方法の一部を改正する件」(平成15年3月25日)厚生労働省告示109号, 別表第2~6
- (7) 岡部耕典, 2006, 『障害者自立支援法とケアの自律』, 明石書店 14ページ
- (8) 障害程度区分認定のモデルである介護保険の「要介護認定」では, 要介護度ごとに保険給付の支給限度額を定め上限を設定することで, 給付費の増大を抑えることが可能となり, また, 要介護認定基準の実質的な決定権を厚生労働省が握ることで, 給付費そのものも, ある程度コントロールできるようにもなっている(伊藤周平, 2009:150)。
- (9) 中平晶子, 2012, 「障害判定の新ソフトを試験導入」, 『厚生福祉』, 時事通信社, (5938)3ページ
- (10) 障がい者制度改革推進会議総合福祉部会, 2011, 「障害者総合福祉法の骨格に関する総合福祉部会の提言」, 厚生労働省ホームページ

〔参考文献〕

- 相澤興一, 2005, 「自立支援福祉サービスの利用という概念について」, 『社会福祉研究』, 財団法人鉄道弘済会, 第87号
- 伊藤周平, 2008, 『介護保険法と権利保障』, 法律文化社
- 岡部耕典, 2004, 「支援費制度における利用者本位の受給支援システムの検討」, 『社会福祉学』, 日本社会福祉学会, 第45巻第1号
- 小野 浩, 2012, 「自立支援法による資源整備の変容と新法の課題」, 『障害者問題研究』, 全国障害者問題研究会, 第39巻第4号
- 金川めぐみ, 2012, 「ALS患者への自立支援給付に関する義務付け判決の意義と課題」, 『賃金と社会保障』, 旬報社, No1567・68
- 木全和巳, 2007, 「障害程度区分認定とそのプロセスにおける問題点」, 『障害者自立支援法と人間らしく生きる権利』, かがわ出版
- 佐藤久夫, 2008, 「障害者自立支援法のあるべき姿を描く」, 『社会福祉研究』, 財団法人鉄道弘済会, 第101号
- 佐藤久夫, 2007, 「障害程度区分の政策経過の検討」, 『障害者問題研究』, 全国障害者問題研究会, 第35巻第1号
- 佐藤久夫, 2012, 「骨格提言と障害者総合支援法案」, 『障害者問題研究』, 全国障害者問題研究会, 第40巻第1号

(きむ かんれい・社会福祉学研究科社会福祉学専攻博士後期過程)

(指導教員: 鈴木 勉 教授)

2013年9月20日受理